√

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

МОСКОВСКИЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИАТРИИ

ТИХОНОВ Всеволод Николаевич

УДК 616.89—008.441.13—058

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

(Психиатрия — 14.00.18)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва — 1983

Работа выполнена в отделе клинической и социальной наркологии (заведующий — доктор медицинских наук Г. Н. Соцевич) Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР (директор — профессор В. В. Ковалев).

Научные руководители:

доктор медицинских наук А. Г. ГОФМАН;

кандидат философских наук Н. В. АНДРЕЕНКОВА

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Р. Г. ГОЛОДЕЦ;

доктор медицинских наук И. Г. УРАКОВ.

Ведущее учреждение — 1-й Московский медицинский институт им. Сеченова (кафедра психиатрии, заведующий — профессор Н. М. Жариков).

Защита состоится «28» сентября 1983 года

на заседании специализированного Совета К 084.41.01. Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР.

Адрес: Москва, 107076, ул. Потешная, дом 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан «28» августа 1983 г.

Ученый секретарь специализированного Совета, кандидат медицинских наук Г. М. Курапова.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

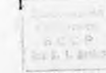
Актуальность проблемы. В последние десятилетия во всем мире отмечается значительный рост заболеваемости алкоголизмом и ускорение темпов его формирования (Б. Д. Петраков, 1972, 1976). Определенное увеличение заболеваемости алкоголизмом отмечается и во многих регионах нашей страны. В связи с этим ЦК КПСС и Совет Министров СССР разработали ряд мероприятий по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом, предусматривающих улучшение наркологической службы, в том числе расширение наркологической сети непосредственно на промышленных предприятиях; расширение научных исследований, посвященных изучению различных аспектов проблемы алкоголизма. Конечной целью подобных исследований является повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Среди основных направлений научных исследований, определенных Министерством здравоохранения СССР, важное место занимают и медико-социальные.

Многие исследователи (В. М. Бехтерев, 1913; О. В. Кербиков, 1965, 1971; И. В. Стрельчук, 1966; Г. В. Морозов, А. К. Качаев, 1971; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1971; И. Г. Ураков, В. В. Куликов, 1977; Г. В. Морозов, 1980; E. Jellinek, 1942—1962 и др.) отмечали, что наряду с биологическими факторами, на течение алкоголизма оказывают влияние социальные и социально-психологические факторы. Распространено мнение о значительном влиянии на формирование алкоголизма ближайшего окружения (C. Martin , 1962; C. Aharan, 1966; О. В. Кербиков, 1971) и, в частности, трудового коллектива, (И. К. Янушевский, 1961; И. В. Бокий с соавт., 1977; Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1978; Г. В. Морозов, 1980 и др.).

Благодаря целенаправленному изучению значения производственных факторов в формировании алкоголизма установлено следующее:

1. Среди представителей различных профессий отмечается разная распространенность алкоголизма (H. Keyserlingk,

СК



1959, 1961; И. В. Стрельчук, 1966; В. П. Бутина, 1968; О. Д. Мишуровская с соавт., 1968; Н. В. Удинцева-Попова, 1968; Г. В. Морозов, А. К. Качаев, 1971).

2. Распространенность алкоголизма в разных отраслях промышленности и профессионально-производственных группах различна (Г. В. Морозов, А. К. Качаев, 1971; Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1978).

3. Некоторые биологические (Г. А. Виевская, 1974; Г. А. Виевская, А. Н. Виевский, 1977) и социальные (В. М. Банщиков с соавт., 1973; Е. Р. Петушков, 1976, 1979) профессиональные факторы способствуют более злокачественному течению алкоголизма.

4. Ряд производственных факторов влияет на эффективность противоалкогольного лечения (С. С. Либих, 1963; А. Д. Василевская, 1970, 1973; А. Т. Куприянов, 1972, 1975; Г. М. Энтин, В. В. Рябоконь, 1973; Т. Н. Дудко, 1974; Г. В. Зеневич, 1977).

5. Социально-психологические отношения в неблагополучных (относительно алкоголизма) коллективах имеют ряд отличительных особенностей (Ю. Е. Рахальский, 1974, 1977; И. В. Бокий с соавт., 1977; C. Martin, 1962). Однако, специальных исследований, посвященных изучению влияния производственных факторов на течение алкоголизма, нет.

Цель и задачи исследования. 1. Выявить социально-производственные факторы, являющиеся факторами «повышенного риска» формирования алкоголизма.

2. Изучить влияние социально-производственных факторов «повышенного риска» на динамику и прогноз алкоголизма.

3. Осуществить сравнительную оценку степени влияния изучаемых факторов на быстроту формирования алкоголизма, долю их влияния в ряду других социально-психологических факторов.

4. Разработать дифференцированные рекомендации по профилактике пьянства и алкоголизма с учетом специфики выделенных факторов, типа изученных производственных коллективов, их социального состава и социального микроклимата.

Материал и методы исследования. В работе использованы клинический, клинико-катамнестический, клинико-статистический, статистический, социологический методы.

Клинически и катамнестически обследовано 150 больных алкоголизмом, находившихся на лечении в наркологическом отделении Орской городской психиатрической больницы при промышленном предприятии. Для обследования

брались все больные, поступившие в отделение на противоалкогольное лечение повторно в 1977—1979 годах. По материалам клинического и катамнестического исследований был проведен клинико-статистический анализ различий в быстроте формирования основных симптомов алкоголизма, частоты клинических проявлений и их выраженности, а также эффективности осуществлявшихся прежде лечебно-реабилитационных мероприятий и уровня социальной реадаптации.

Проведенное вслед за этим статистическое исследование позволило выявить предприятия, на которых происходит концентрация обследованных больных со злокачественно прогредиентным течением алкоголизма. Обследованию подвергнуто 5 производственных коллективов (общая численность — 945 человек; 4 производственных коллектива (общая численность сотрудников — 383 человека), в которых среди пролеченных в период обследования больных злокачественно прогредиентное течение алкоголизма отмечалось наиболее часто (в 75 % случаев и чаще), и, взятый для сравнения, коллектив крупного промышленного предприятия (562 сотрудника), среди работников которого преобладало благоприятное течение алкоголизма (умеренно прогредиентное и вялое), которое установлено в 87,5 % случаев. В указанных коллективах были проведены социологическое и социометрическое исследования. Обследовались все лица, работавшие в период проведения исследования. Для проведения социологического исследования использовалась специально разработанная карта, позволявшая кроме социально-демографических данных учитывать и условия труда обследуемых в соответствии с классификацией, предложенной институтом социологических исследований АН СССР (1976) и дополненной перечнем особенностей ряда профессий, которые согласно имеющимся литературным данным и собственным наблюдениям, могут способствовать более злокачественному течению алкоголизма. Для выявления неустановленных случаев пьянства и алкоголизма использовалась специально разработанная анкета из 47 вопросов с 240 унифицированными ответами.

Социально-психологические отношения в указанных коллективах изучались с помощью социометрического исследования по анкете из 14 вопросов, из которых первые 3 отражают отношения между членами коллектива по производственным критериям связи, с 4 по 7 — по социальным критериям, с 8 по 14 — по непроизводственным критериям, причем последние 3 вопроса косвенно могут служить основанием для оценки «алкогольных» связей в коллективе.

Для определения степени влияния исследуемых социально-производственных факторов на течение алкоголизма и их удельный вес среди других факторов (клинических, биологических, психологических и социальных) был произведен дисперсионный анализ. Связь между различными производственными факторами и частотой злокачественных форм алкоголизма исследовалась с помощью корреляционного и регрессионного анализов.

Научная новизна. Впервые проведено комплексное клинико-социологическое исследование влияния производственно-средовых и профессиональных факторов на быстроту развития алкоголизма и особенности его клинических проявлений.

Выявлены типы производственных коллективов, которым присущи факторы «повышенного риска» формирования злокачественно-прогредиентного алкоголизма.

Дано описание некоторых особенностей течения и клинических проявлений алкоголизма, возникающих под влиянием ряда производственных факторов.

На основе многостороннего использования различных методов математического анализа (дисперсионного, корреляционного, регрессионного) созданы реальные предпосылки для создания математической модели влияния производственных факторов на быстроту становления и на течение алкоголизма.

Созданные на основе математического анализа результатов уравнения регрессии позволяют осуществлять вероятностный прогноз частоты злокачественных форм алкоголизма в зависимости от присутствия тех или иных социально-производственных факторов «повышенного риска».

Определена степень влияния различных производственных факторов на быстроту развития алкоголизма, доля их влияния в ряду других факторов (социальных, психологических и др.).

Определены пути профилактики алкоголизма на предприятиях, где имеются факторы «повышенного риска» формирования злокачественно прогредиентного алкоголизма.

Практическая значимость результатов исследования. Полученные результаты могут быть использованы:

— для выявления ведущих факторов, влияющих на распространенность пьянства и алкоголизма среди работников промышленных предприятий и способствующих формированию у работников, страдающих алкоголизмом, его злокачественных форм;

— для выявления среди этой категории населения групп с «повышенным риском» формирования алкоголизма;

— для повышения эффективности деятельности наркологических кабинетов при промышленных предприятиях по раннему выявлению и лечению лиц, страдающих алкоголизмом;

— для выявления в структуре производственных коллективов неформальных групп лиц, злоупотребляющих спиртным, и их лидеров с целью организации мероприятий по оздоровлению неформальной структуры коллективов;

— для более дифференцированного подхода к диагностике алкоголизма и применению лечебных и реабилитационных мероприятий;

— для оценки прогноза течения алкоголизма и качества терапевтических ремиссий у пациентов наркологических кабинетов при промышленных предприятиях;

— для разработки общих и частных (применительно к определенному предприятию) рекомендаций и мероприятий по профилактике и лечению пьянства и алкоголизма.

Практические рекомендации, разработанные на основе анализа полученных результатов, а также использованные в работе методики комплексного социально-психологического исследования (социологическое исследование с использованием унифицированных карт, социометрическое исследование, анкетирование) используются врачами-наркологами на ряде предприятий г. Орска:

— с целью раннего выявления алкоголизма;

— для изучения структуры неформальных «алкогольных» микрогрупп, выявления лидеров этих групп и организации мероприятий по оздоровлению неформальной структуры коллективов;

— для планирования лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

Публикация результатов исследования. По материалам работы опубликованы в печати 4 статьи. Список опубликованных работ приведен в конце автореферата.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 225 страницах машинописного текста (основной текст 175 страниц). Работа включает введение, обзор литературы, характеристику методов и материалов исследования, 3 главы, содержащие анализ собственных данных, заключение, выводы, указатель литературы (331 источников, в том числе 190 отечественных и 141 иностранных), приложение, включающее формы использованных при проведении исследования первичных документов и иллюстрации двух историй болезни. В работе имеются 26 таблиц.

Во введении обосновывается актуальность исследования, приводятся положения, выносимые на защиту.

В 1-й главе анализируется отечественная и зарубежная литература, посвященная оценке роли различных профессиональных и производственно-средовых факторов в распространенности, становлении и течении алкоголизма.

2-я глава содержит описание методов и материалов исследования.

В 3-й главе приводятся данные клинического и катамнестического исследования больных, поступивших повторно на противоалкогольное лечение, выявлены группы больных с различными типами течения алкогольной болезни, проведен клинико-статистический анализ.

4-я глава посвящена оценке данных о влиянии профессиональных и производственно-средовых факторов на течение алкоголизма по материалам социологического, социометрического исследований и анкетирования.

В 5-й главе приводится обсуждение полученных результатов.

В заключении суммируются результаты исследования, обобщенные в выводах.

Общая характеристика материала исследования. Обследовано клинически и катамнестически 150 больных. Для обследования брались все больные, поступившие в наркологическое отделение при промышленном предприятии повторно в 1977—1979 годах. Материал исследования был ограничен только повторно поступившими больными, поскольку задачи исследования предполагали наиболее полное изучение динамики алкоголизма, эффективности проводившихся ранее лечебно-реабилитационных мероприятий.

Все больные — мужчины, городские жители. Возраст больных к моменту исследования составлял от 25 до 54 лет (средний возраст 41,95 ± 0,66). Основным контингентом среди обследованных больных были лица в возрасте от 30 до 49 лет (82 %), женатые (59,3 %), с начальным и неполным средним образованием (86,7 %). Все они получали прежде противоалкогольное лечение, причем 52 из них (34,7 %) — неоднократно.

Различными психическими заболеваниями страдали родственники трех больных (2 %), пьянство родителей выявлено у 21 больного (14 %), 38 больных (25,7 %) перенесли ранее одну или несколько черепно-мозговых травм. По преморбидным особенностям характера большинство больных было людьми спокойными (77,3 %), общительными (80,7 %), подчиняемыми (86 %), конформными (86,7 %). Психопатические черты характера в преморбиде были отмечены у 29 больных (19,8 %).

В процессе клинического и катамнестического исследования была выделена группа больных с наиболее злокачественным течением алкоголизма, у которых абстинентный синдром (а следовательно, развитая стадия алкоголизма) формировался в первые 3 года после начала систематического пьянства — 63 человека (42 % от общего числа обследованных больных).

При изучении производственной принадлежности обследованных больных оказалось, что больные указанной группы в большинстве своем были сгруппированы на трех группах предприятий: строительные организации; предприятия, производящие строительные материалы; предприятия пищевой промышленности. На этих предприятиях работало 40 пациентов со злокачественно прогредиентным алкоголизмом, что составляет 63,5 % всех пациентов со злокачественно прогредиентным типом течения алкоголизма и 75,5 % всех больных — работников этих предприятий (55 человек), тогда как среди остальных 95 поступивших, работающих на других предприятиях, злокачественно прогредиентный тип алкоголизма (23 больных) составлял лишь 24,2 %. Поэтому, с целью исследования возможных факторов «повышенного риска» на предприятиях первых трех групп, среди них были выделены 4 производственных коллектива, среди работников которых, находившихся на повторном противоалкогольном лечении в наркологическом отделении в период исследования, удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма был наибольшим:

1. Цех предприятия, производящего стройматериалы (численность работников — 81 человек, удельный вес алкоголизма со злокачественно прогредиентным течением среди поступавших в отделение в период исследования — 75 %).

2. Второй цех того же предприятия (численность работников — 102 человека, удельный вес алкоголизма среди пролеченных больных — 83,7 %).

3. Строительное управление (численность работников — 75 человек, частота злокачественно прогредиентного течения среди больных алкоголизмом — 100 %).

4. Цех пищевого комбината (численность работников — 125 человек, удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма среди обследованных больных — 100 %).

Для контроля был взят цех крупного машиностроительного завода (численность сотрудников — 562 человека), среди работников которого, получавших противоалкогольное лечение в период обследования, удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма был минимальным (12,5 %) и преобладало умеренно прогредиентное и вялое течение.

В этих коллективах были проведены социологическое, социометрическое исследования и анкетирование. Всего обследовано 945 человек.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-статистический анализ средних сроков появления всех основных симптомов алкоголизма (с момента начала систематического пьянства) показал полную достоверность различий (Р<0,001) в быстроте формирования алкоголизма между больными двух выделенных в процессе клинического исследования групп. Появление первых признаков алкоголизма (явлений психической зависимости от алкоголя) у больных первой группы (63 человека, 42 %), со злокачественно прогредиентным типом течения алкоголизма, отмечалось через 0,84 ± 0,04 года после начала систематического пьянства, у больных второй группы (55 человек, 36,7 %), с умеренно прогредиентным и вялым течением болезни — через 5,2 ± 0,24 лет. Переход во вторую стадию с появлением симптомов физической зависимости от алкоголя наступал у больных первой группы через 2,57±0,05 лет, у больных второй группы — через 10,84 ± 0,44 лет, а появление истинных циклических запоев, то есть переход заболевания в третью стадию, у больных первой группы — через 3,37±0,09 лет, а у больных второй группы — через 17,3 ± 1,79 лет.

У больных первой группы значительно чаще отмечались истинные запои (46,0 % против 14,6 %; Р<0,001), тяжело протекавший абстинентный синдром (44,4 % против 12,7 %; Р<0,001), чаще встречались развернутый абстинентный синдром (27,0 % против 3,6 %; Р<0,001) и абстинентный синдром с преходящими психоорганическими расстройствами (7,9 % против 0 %; Р<0,045). У больных второй группы, напротив, чаще пьянство было перемежающимся (38,2 % против 3,2 %; Р<0,010), абстинентный синдром—легким (32,8 % против 1,6 %; Р<0,001), с астеническими и вегетативными расстройствами (32,8 % против 1,6 %; Р<0,001) и с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами (43,6 % против 20,6 %; Р<0,010).

Несмотря на отсутствие достоверных различий в частоте психических заболеваний и алкоголизма у ближайших родственников, психопатических черт характера в преморбиде, в преморбидных особенностях личности, черепно-мозговых травм, у больных первой группы значительно чаще отмечались выраженные изменения личности (100 % против 85,5 %; Р<0,003), преобладали апатический (39,7 % против 23,4 %; Р<0,05) и особенно эксплозивный (31,7 % против

8,5 %) типы изменения личности, чаще встречались признаки выраженной алкогольной деградации личности (92,1 % против 47,3 %; Р<0,001).

У больных с умеренно прогредиентным и вялым течением алкоголизма изменения личности и признаки алкогольной деградации отмечались значительно реже (Р<0,001), чаще встречался астенический симптомокомплекс (Р<0,001). При сравнении степени социального снижения установлено, что у больных первой группы достоверно чаще, чем у больных второй группы, встречались все виды и проявления социальной дезаптации: семейная (100 % против 74,5 % у больных второй группы); производственная (85,7% против 49,1%); антисоциальное поведение в быту (17,5% против 5,5%); нарушения общественного порядка (61,9 % против 25,5 %); правонарушения (19,0 % против 5,5 %); попадание в медицинский вытрезвитель (77,8 % против 16,4 %); нахождение на лечении в ЛТП (38,1 % против 9,1 %); Р во всех случаях < 0,045. Недостоверными были лишь различия в числе находившихся в заключении (11,1 % против 3,6; Р>0,05).

Несмотря на однотипность курсового лечения, ремиссии после первичного курса противоалкогольной терапии отсутствовали более, чем у половины (66,7 %) больных первой группы (со злокачественно прогредиентным типом течения алкоголизма); больные возобновляли пьянство в течение первого месяца после выписки или даже в период лечения. Число как коротких, так и длительных ремиссий было достоверно ниже, чем в группе больных с умеренно прогредиентным и вялым течением болезни (Р<0,045). Основной причиной рецидива у больных первой группы было отрицательное влияние микросоциальной среды (59,9 %), причем из всех средовых факторов наибольшую роль играли производственно-средовые (влияние пьющих товарищей на работе, алкогольных традиций в коллективе и т. д.), которые отмечались в 38,1 % случаев. В группе больных с умеренно прогредиентным и вялым течением болезни производственно-средовые факторы играли в возникновении рецидивов минимальную роль (9,1 %; Р<0,001), рецидивы у этой группы больных чаще наступали в результате психотравмирующих воздействий (23,8 % случаев), спонтанно актуализирующегося влечения к алкоголю (20,0 %), уверенности в возможности употреблять небольшие дозы алкоголя (20,0 %).

Статистическое исследование частоты злокачественно прогредиентного типа течения алкоголизма среди обследованных больных, работающих на различных предприятиях и в разных учреждениях города, показало, что отмечается

значительная концентрация больных со злокачественно прогредиентным типом течения алкоголизма в ряде учреждений и предприятий: в строительных организациях; на предприятиях, производящих строительные материалы; на предприятиях пищевой промышленности (злокачественно прогредиентный тип алкоголизма на этих предприятиях отмечался соответственно у 75,0 %; 72,8 %; 69,2 % обследованных больных).

Концентрация больных со злокачественно прогредиентным течением алкоголизма на определенных предприятиях, более тяжелые проявления алкоголизма у этих больных, значительно худшая, чем на других предприятиях эффективность противоалкогольного лечения, отрицательное влияние микросоциальной среды этих предприятий как одной из наиболее частых причин рецидивов алкоголизма позволили предположить наличие на этих предприятиях ряда факторов «повышенного риска»» формирования алкоголизма.

Анализ социальной структуры исследованных коллективов показал отсутствие стабильных различий в возрастно-половом составе коллективов с различным удельным весом злокачественно прогредиентного типа течения алкоголизма у обследованных больных. Значительные различия были обнаружены в количестве переселенцев из сельской местности: в коллективах, где среди обследованных больных отмечался наиболее высокий удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма (75 %; 83,7 %; 100 %; 100 %) было значительно больше лиц, прежде проживавших в сельской местности, чем в коллективе, где среди обследованных больных удельный вес злокачественно прогредиентного варианта алкоголизма был наименьшим (12,5 %). Число переселенцев из села составило соответственно 59,3 %; 73,5 %; 84,0 %; 72,8 % против 56,9 % в контрольном коллективе. Значительно больше было в этих коллективах лиц с низким уровнем образования (соответственно 65,4 %; 75,5 %; 74,7 %; 72,0 % против 45,9 %: $P<0{,}001$). Чем выше была концентрация больных со злокачественным течением алкоголизма, тем большей была доля лиц, переселившихся из села, и работников с низким уровнем образования ($P<0{,}001$). Исследование семейного и экономического положения, жилищных условий показало, что в коллективах с большим удельным весом злокачественно прогредиентного алкоголизма было больше, чем в контрольном, лиц разведенных (соответственно 16,1 %; 17,6 %; 17,3 %; 5,6 % против 2,8 %), проживающих совместно в общих комнатах в общежитии (40,7 %; 29,4 %; 21,4 %; 16,8 % против 8,2 %; $P<0{,}045$), в двух коллективах значительно большее число работников, чем в контрольном коллективе, имело наиболее высокий удельный доход — свыше 100 рублей (80,2 % и 81,3 % против 66,9 %; $P<0{,}045$).

В коллективах, где среди обследованных больных алкоголизмом преобладало злокачественно прогредиентное течение болезни, был выявлен ряд особенностей профессий и организации труда:

1. Возможность получения дополнительного, не учитываемого в семье, дохода.

2. Экспедиционный характер работы.

3. Подвижный характер работы (отсутствие постоянного рабочего места).

4. Сезонные колебания темпа и объема работ.

На всех предприятиях имелись неблагоприятные условия труда (работа в цехах с загрязненным воздухом, на холоде, тяжелый физический труд и т. д.) и на трех из них отмечалась большая, чем в контрольном коллективе, текучесть кадров (от 22,6 % до 32,1 % против 11,9 %; $P<0{,}045$). Во всех четырех коллективах была выше доля рабочих низкой квалификации, чем в контрольном, причем в трех из них различие было весьма значительным (от 43,2 % до 100 % рабочих по сравнению с 5,5 % в контрольном; $P<0{,}001$). Число инженерно-технических работников, напротив, было значительно меньшим (от 1,3 % до 6,9 % против 9,4 % в контрольном). Эта разница была тем большей, чем выше был удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма среди больных, работающих в коллективах ($P<0{,}05$ — в коллективах с удельным весом злокачественно прогредиентного алкоголизма, достигающим 75—83,7 %, и $P<0{,}01$ — в коллективах со стопроцентным удельным весом последнего).

При изучении «алкогольного климата» установлено, что во всех четырех коллективах выше, чем в контрольном, удельный вес употребляющих алкоголь и злоупотребляющих им (от 45,1 % до 84 % против 17,5 %; $P<0{,}001$), а также страдающих алкоголизмом (от 37,3 % до 64 % против 13,5 %; $P<0{,}001$); причем среди последних преобладали нелеченные алкоголики, лишь меньшая часть из них (от 8,6 % до 42,1 %) когда-либо получала противоалкогольное лечение и состояла на диспансерном учете по поводу хронического алкоголизма, тогда как в контрольном коллективе большинство лиц, страдающих алкоголизмом, состоит на диспансерном учете и получает активное противоалкогольное лечение (88,8 %; $P<0{,}001$), 78,9 % из них получает поддерживающее лечение, за всеми этими больными осуществляется контроль общественности. Из четырех остальных коллективов

лишь в одном 13,1 % больных получали поддерживающее лечение, в трех других поддерживающего лечения не получал ни один больной (P<0,001).

Анализ данных об отношении работников к употреблению алкоголя (по результатам анкетирования) показал, что от 65,6 % до 76,0 % работников коллективов, где среди больных алкоголизмом отмечался большой удельный вес злокачественно прогредиентного типа течения последнего, считали допустимым систематическое злоупотребление спиртным (против 13,7 % в контрольном коллективе, P<0,001) и от 81,4 % до 98,7 % работников считали возможным употребление алкоголя на работе по тем или иным поводам (против 10,1 % в контрольном коллективе; P<0,001). Таким образом, в этих коллективах имелась выраженная групповая проалкогольная установка, которую разделяли также и умеренно употребляющие алкоголь работники. У работников этих коллективов значительно чаще, чем у сотрудников контрольного, систематическое пьянство начиналось именно при переходе на данное место работы (P<0,001) в результате снижения контроля со стороны руководства, появления больших возможностей для пьянства, вовлечения в пьянство сослуживцами.

В процессе анализа значений общего социометрического статуса (по результатам социометрического исследования) и частных позиций индивидов, при оценке их ролевого статуса в неформальной группе использовалось следующее распределение:

1. Постоянный неформальный лидер или лидер-организатор (Л. И. Уманский, 1968) — лицо, воздействующее на иерархию мотивов в группе. Постоянным неформальным лидером считали индивида с наибольшим в данной группе статусом (значения общего социометрического близки к единице) и равномерной дисперсией частных социометрических позиций по всем критериям (социометрическую «звезду»). Лидеры-организаторы (постоянные лидеры) имели и наибольшую положительную экспансивность.

2. Ситуативный лидер (А. С. Крикунов, Е. И. Тимощук, 1972) — лидер, влияющий на определенные виды деятельности. К ним относили лиц, имеющих наивысшие значения частных социометрических позиций по тем или иным критериям и меньшие, чем у постоянного лидера, значения общего социометрического статуса.

3. К предпочитаемым членам группы относили лиц, получивших больше положительных выборов, чем отрицательных (отклонений) со стороны остальных членов группы, то есть имеющих общий социометрический статус > 0.

4. Аутсайдеры — члены неформальной группы, получившие при социометрическом исследовании больше отклонений, чем положительных выборов. Социометрический статус у аутсайдеров был меньше 0, но больше 1.

Во всех четырех коллективах, где среди обследованных больных отмечался высокий удельный вес лиц со злокачественно прогредиентным вариантом алкоголизма, наиболее высокий социометрический статус имели преимущественно лица, систематически злоупотребляющие спиртными напитками. Постоянными лидерами неформальных групп были мужчины, чаще среднего возраста (30—39 лет) со сравнительно высоким уровнем образования (преимущественно средним и средне-техническим), рабочие высокой квалификации с большим стажем работы на предприятии, систематически злоупотребляющие алкоголем, в большинстве своем — хронические алкоголики, которые тем не менее не состояли по поводу алкоголизма на диспансерном учете, никогда не получали противоалкогольного лечения, не нарушали трудовой дисциплины, не совершали антиобщественных поступков. Высокий профессиональный статус, сравнительно высокий уровень образования, большой стаж работы на данном предприятии, а также относительная сохранность социальной адаптации поддерживали прежний авторитет, в определенной мере препятствовали дискредитации в плане пьянства, что могло быть причиной высокого влияния этих лиц на остальных членов группы и принятия последними без должной критики завышенных норм употребления алкоголя, свойственных лидерам, в качестве обычных, допустимых.

Ситуативными лидерами были также преимущественно мужчины, сравнительно моложе, имели значительно более низкий уровень образования и квалификации, почти также часто, как и постоянные лидеры, являлись лицами, злоупотребляющими алкоголем, но гораздо реже обнаруживали признаки алкоголизма. Их социометрические позиции по алкогольным критериям были почти такими же высокими, как у постоянных лидеров, но общий социометрический статус был значительно ниже.

Предпочитаемы были не только лица, злоупотребляющие алкоголем, но и употребляющие алкоголь эпизодически, однако относящиеся к пьянству лояльно, разделяющие проалкогольную установку группы. Среди аутсайдеров было больше служащих, лиц преклонного возраста, женщин, преобладали непьющие и употребляющие алкоголь эпизодически, а также больные алкоголизмом в состоянии

ремиссии, принимающие поддерживающее лечение. В этих коллективах была высокой частота пьянства формальных лидеров (руководителей различных звеньев производства, представителей общественных организаций), которые входили в неформальные группы лиц, злоупотребляющих спиртным, нередко в качестве неформальных лидеров. Формальные лидеры, не злоупотребляющие спиртным, чаще являлись аутсайдерами, пользовались слабым влиянием в коллективе.

Большинство неформальных групп лиц, злоупотребляющих спиртным, имели низкий уровень организации (номинальные группы, группы-ассоциации и лишь изредка — группы-кооперации). Степень сплоченности групп по производственному блоку связей во всех четырех исследуемых коллективах была значительно ниже, чем в контрольном коллективе (соответственно значения индексов: 0,78; 0,81; 0,45; 0,41 против 0,88 в контрольном коллективе); еще большие различия отмечались в значениях индекса групповой сплоченности по социальному блоку связей (0,21; 0,31; 0,17; 0,23 против 0,86 в контрольном коллективе), зато значительно выше была степень групповой сплоченности по алкогольному блоку связей (0,81; 0,86; 0,52; 0,43 против 0,12 в контрольном).

В контрольном коллективе лица, систематически злоупотребляющие алкоголем, были немногочисленны, не образовывали неформальных групп и чаще оказывались аутсайдерами. Формальными и неформальными лидерами были лица, негативно относящиеся к злоупотреблению спиртным. Ролевой статус формальных лидеров был достаточно высок, случаи систематического пьянства и алкоголизма среди формальных лидеров были чрезвычайно редки (систематически злоупотребляющих алкоголем — 2,2 % против 40,8 — 55,6 % в исследуемых коллективах; страдающих хроническим алкоголизмом — 1,5 % против 27,3 — 33,3 %).

Проведенный по результатам комплексного социально-психологического исследования корреляционный анализ показал, что наиболее высокая корреляционная связь отмечается между частотой злокачественно прогредиентного типа течения алкоголизма и такими показателями, как образовательный уровень работников ($r = -0{,}98$); число лиц, занятых сложным ручным трудом ($r = -0{,}87$); число работников, систематически злоупотребляющих алкоголем ($r = +0{,}71$); удельный вес лиц, состоящих на диспансерном учете и получавших прежде противоалкогольное лечение, среди страдающих хроническим алкоголизмом ($r = -0{,}75$ и $r = -0{,}76$); процент получающих поддерживающее лечение

($r = -0{,}77$); ролевой статус систематически злоупотребляющих алкоголем лиц в неформальных группах; ролевой статус формальных лидеров и частота пьянства среди них (соответственно $r = +0{,}7$; $r = -0{,}754$ и $r = +0{,}717$); степень групповой сплоченности по социальному блоку связей ($r = -0{,}768$). Другие факторы очевидно имели несколько меньшее значение.

Эти закономерности позволяют не только установить степень корреляционной связи, но и выразить эти отношения в виде уравнений регрессии:

Социально-производственные факторы (ось X)	Удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма (ось У)
1. Возрастно-половой состав	УХ = 0,053Х + 71,01 ХУ = 0,188У + 47,02
2. Удельный вес разведенных	УХ = 2,37Х + 46,32 ХУ = 0,09У + 5,11
3. Удельный вес проживающих в общежитии	УХ = 1,02Х + 5,49 ХУ = 0,12У + 14,37
4. Удельный вес переселенцев из села	УХ = 1,29Х + 14,9 ХУ = 0,16У + 57,26
5. Квалификация рабочих	УХ = 0,49Х + 53,67 ХУ = 0,53У + 2,63
6. Характер труда	УХ = 0,52Х + 51,1 ХУ = 0,6У + 0,44
7. Текучесть кадров	УХ = 0,65Х + 60,88 ХУ = 0,07У + 15,36
8. Удельный вес систематически пьющих	УХ = 0,97Х + 18,95 ХУ = 0,51У + 19,14
9. Преобладающая групповая установка относительно алкоголизации	УХ = 1,02Х + 12,55 ХУ = 0,55У + 19,65
10. Ролевой статус пьющих	УХ = 1,91Х + 14,95 ХУ = 0,26У + 11,74
11. Степень алкоголизации формальных лидеров	УХ = 0,76Х + 26,18 ХУ = 0,67У + 13,5

Приведенные уравнения регрессий создают реальные предпосылки для создания математической модели влияния производственных факторов на быстроту становления и на течение алкоголизма, а также позволяют осуществлять вероятностный прогноз частоты злокачественно прогредиент-

ного типа течения алкоголизма в зависимости от присутствия тех или иных социально-производственных факторов «повышенного риска».

По данным проведенного дисперсионного анализа степень влияния производственно-средовых факторов на быстроту формирования абстинентного синдрома составляет 19,5 %, профессиональных — 8,6 %, взаимовлияние факторов — 5,9 %.

ВЫВОДЫ

1. На основании анализа данных комплексного клинико-социологического исследования выявлены типы производственных коллективов, которым присущ ряд факторов «повышенного риска» формирования злокачественно прогредиентного алкоголизма.

2. Отрицательные социально-производственные факторы, присущие этим коллективам, обуславливая более обильную и частую алкоголизацию, способствуют более быстрому формированию алкоголизма.

3. Среди социально-производственных факторов «повышенного риска» основную роль в формировании злокачественно прогредиентного типа течения алкоголизма играют особенности микросоциальной среды предприятия, способствующие установлению завышенных норм допустимого употребления алкоголя внутри группы и формированию в микроколлективе проалкогольной установки.

4. Установлению в микроколлективе завышенных внутригрупповых норм допустимого употребления спиртного и формированию в коллективе проалкогольной установки способствуют следующие факторы: сильное влияние неформальных лидеров, злоупотребляющих алкоголем или обнаруживающих признаки алкоголизма; большая частота пьянства и алкоголизма среди формальных лидеров; слабое влияние формальных лидеров, не злоупотребляющих спиртным; изоляция лиц, не разделяющих проалкогольную установку.

5. Дополнительными факторами, повышающими «риск» формирования алкоголизма, являются: отсутствие определенного рабочего места; экспедиционный характер работы; возможность получения дополнительного дохода, не учитываемого в семье.

6. Повышенный «риск» формирования алкоголизма усугубляется рядом особенностей социальной структуры коллективов: низким уровнем образования и культуры их членов; большим удельным весом переселенцев; высоким процентом разведенных, совместно проживающих в общежитии.

7. При наличии приобщения к пьянству ускорению формирования алкоголизма способствует, наряду с другими факторами, дефицит рабочей силы, вызванный тяжелыми условиями труда, в связи с чем администрация предприятия лишена возможности активно привлекать лиц, страдающих алкоголизмом, к противоалкогольному лечению, опасаясь их увольнения. По этой же причине не проводится контроль за получившими прежде курс противоалкогольного лечения. Нездоровый «алкогольный микроклимат» предприятий усугубляется еще и тем, что дефицит рабочей силы вынуждает администрацию принимать на работу лиц, уволенных за пьянство с других предприятий.

8. Больные хроническим алкоголизмом, работающие на обследованных предприятиях, характеризуются большей тяжестью и прогредиентностью заболевания, что проявляется значительно более быстрым формированием основных симптомов заболевания и большей их тяжестью, значительно более резко выраженной социальной дезадаптацией.

Эффективность лечения больных алкоголизмом, работающих на указанных предприятиях, крайне низка. Основными причинами рецидивов алкоголизма (как правило ранних) являются сниженный контроль со стороны руководства и отрицательное влияние микросоциальной среды на производстве.

9. Первичная профилактика пьянства и алкоголизма с учетом социально-производственных факторов «риска» должна включать комплекс воспитательных, административных и лечебных мероприятий. Учитывая, что влияние неформальных лидеров-алкоголиков становится возможным в коллективах, где среди работников преобладают лица с низким уровнем образования и культуры, необходимо во всех коллективах осуществлять достаточно полную и квалифицированную санитарно-просветительную работу, направленную на популяризацию признаков алкоголизма. Необходимо также усиление воспитательной работы в школах и профессионально-технических училищах.

10. В коллективах, где отмечается большой удельный вес злокачественно прогредиентного алкоголизма, санитарно-просветительная и воспитательная работа не будут достаточно эффективными, поэтому при осуществлении противоалкогольной работы в таких коллективах акцент необходимо делать на оздоровление микросоциальной среды:

— выявлять лиц, активно вовлекающих других работников в пьянство, и подвергать их мерам общественного и административного воздействия. Сведения о лицах, вовлекающих в пьянство несовершеннолетних рабочих, во всех случаях передавать в следственные органы для привлечения их к уголовной ответственности;

— используя социометрическое исследование и анкетирование, изучать неформальную структуру коллективов с целью выявления неформальных лидеров «алкогольных» микрогрупп, ядра этих групп и лиц с ранними формами алкоголизма;

— «обезвреживать»» неформальных лидеров «алкогольных» микрогрупп путем первоочередного привлечения их к противоалкогольному лечению, дискредитации взятием на диспансерный учет в связи с хроническим алкоголизмом, перевода их в другие, более здоровые в отношении алкоголизма, коллективы.

11. Помимо лечебно-профилактических, санитарно-оздоровительных, воспитательно-педагогических мероприятий необходимо широко применять административные меры по оздоровлению формальной структуры коллективов:

— руководителей, попустительски относящихся к пьянству на работе и появлению работников на рабочем месте в нетрезвом состоянии, привлекать к административной или уголовной ответственности;

— при подборе руководящих кадров, особенно руководителей среднего звена производства и непосредственных руководителей, особенное внимание обращать на их отношение к злоупотреблению алкоголем и на их ролевой статус в неформальной группе;

— при приеме на работу лиц, профессия которых может прямо или косвенно способствовать пьянству, обращать внимание на их алкогольный анамнез; осуществлять усиленный контроль за использованием рабочего времени рабочими указанных специальностей; привлекать их в первую очередь к противоалкогольному лечению, следить за ходом поддерживающего лечения у лиц этой категории.

РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Среда промышленного предприятия в генезе алкоголизма. — В кн.: Патогенез алкоголизма. Иммунологический и социально-психологический аспекты. Орск, 1977, с. 53—56.

2. О роли некоторых «производственных факторов» при алкоголизме. — В кн.: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом (Материалы IV Всероссийской конференции по вопросам клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом). М. (Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР), 1979, с. 45—48 (совместно с Д. Я. Донским).

3. Некоторые аспекты реабилитации больных алкоголизмом на промышленных предприятиях. — В кн.: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом (Материалы IV Всероссийской конференции по вопросам клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом). М. (Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР), 1979, с. 204—207.

4. Роль некоторых социальных факторов в прогредиентности алкоголизма. — В кн.: Вопросы клиники, патогенеза и лечения алкоголизма. (Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР), М., 1980, том 90, с. 53—60.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на IV Всероссийской конференции по вопросам клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом, на Проблемной комиссии Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР.

Подписано к печати 29. 06. 1983 г.

ФВ № 09621. Гайская типография управления издательств, полиграфии и книжной торговли Оренбургского облисполкома. 1983 г. Заказ 173.
Тираж 100. Объем 1,25 п. л. Формат $60 \times 90\ ^1/_{16}$.